

**IOSFA**  
**GERENCIA DE PRESTACIONES**  
**SUBGERENCIA DE GESTION DE FARMACIA**

**CAMPAÑA DE VACUNACIÓN ANTIGRI PAL 2019 IOSFA**

**ESPECIFICACIONES TECNICAS**

- 1) La campaña de vacunación se realizará en el período comprendido entre el **01/04/19** y **20/05/19** inclusive.
- 2) Población objetivo de la campaña Antigripal y requisitos de aplicación

AFILIADOS IOSFA	credencial IOSFA	DNI	orden médica	recibo de sueldo	fotocopia PMI	fotocopia certificado de nacimiento	fotocopia del certificado de embarazo	Fotocopia DNI del niño
Personas mayores o igual a 65 años	SI	SI	NO					
Personas entre los 2 años y hasta los 64 inclusive años con factor de riesgo (Clasificación en 5 grupos)	SI	SI	SI					
Embarazadas (en cualquier trimestre de gestación)	SI	SI	NO		SI(*)		SI(*)	
Puérperas: hasta el egreso de maternidad (máximo 10 días) y que no hubieran recibido la vacuna durante el embarazo.	SI	SI	NO		SI(*) del niño	SI(*)		
Niños de 6 a 24 meses de edad	SI	SI	NO					
Empleados IOSFA	SI	SI		SI				

REFERENCIA: (\*) Indica: solicitar uno u otro

**A) Embarazadas y Puérperas:** Embarazadas: en cualquier trimestre de la gestación. - Puérperas hasta el egreso de la maternidad (máximo 10 días) que no hubieran recibido la vacuna durante el embarazo.

**B) Niños de 6 a 24 meses de edad:** vacuna Pediátrica o mitad de dosis (NO PERDER OPORTUNIDADES DE VACUNACIÓN ADMINISTRAR LA VACUNA QUE ESTÉ DISPONIBLE).

**C) Personas entre los 2 años y hasta los 64 años inclusive** con una o más de las siguientes entidades. Clasificación en grupos:

**Grupo 1:** Enfermedades respiratorias

- a) Enfermedad respiratoria crónica (hernia diafragmática, enfermedad pulmonar obstructiva crónica [EPOC], enfisema congénito, displasia broncopulmonar, traqueostomizados crónicos, bronquiectasias, fibrosis quística, etc.)
- b) Asma moderada y grave

**Grupo 2:** Enfermedades cardíacas

- a) Insuficiencia cardíaca, enfermedad coronaria, reemplazo valvular, valvulopatía
- b) Cardiopatías congénitas

**Grupo 3:** Inmunodeficiencias congénitas o adquiridas (no oncohematológica)

- a) Infección por VIH
- b) Utilización de medicación inmunosupresora o corticoides en altas dosis (mayor a 2 mg/kg/día de metilprednisona o más de 20 mg/día o su equivalente por más de 14 días)
- c) Inmunodeficiencia congénita
- d) Asplenia funcional o anatómica (incluida anemia drepanocítica)
- e) Desnutrición grave

**Grupo 4:** Pacientes oncohematológicos y trasplantados

- a) Tumor de órgano sólido en tratamiento
- b) Enfermedad oncohematológica, hasta seis meses posteriores a la remisión completa
- c) Trasplantados de órganos sólidos o precursores hematopoyéticos

**Grupo 5:** Otros

- a) Obesos con índice de masa corporal (IMC) mayor a 40
- b) Diabético
- c) Personas con insuficiencia renal crónica en diálisis o con expectativas de ingresar a diálisis en los siguientes seis meses.
- d) Retraso madurativo grave en menores de 18 años de edad
- e) Síndromes genéticos, enfermedades neuromusculares con compromiso respiratorio y malformaciones congénitas graves
- f) Tratamiento crónico con ácido acetilsalicílico en menores de 18 años

- g) Convivientes de enfermos oncohematológicos
- h) Convivientes de prematuros menores de 1.500 gramos.

#### **D) Personas mayores o igual de 65 años**

**3)** La firma adjudicada deberá justificar la aplicación de la vacuna presentando en IOSFA (Paso 551-C.A.B.A.- Planta baja-OFICINA: Liquidación de Prestaciones) conjuntamente con la factura la planilla de registro de aplicación (VER **Anexo I**”). La facturación con la documentación respaldatoria antes mencionada deberá ser presentada por cada vacunatorio. La falta de la citada planilla de registro o presentada con defectos de fondo implica el rechazo de la factura.

**4)** Los oferentes deberán proponer vacunatorios en las zonas que abarca la presente campaña de vacunación, los cuales deberán estar habilitados por autoridad sanitaria de la zona y cumplimentar a la fecha con las condiciones de habilitación, poseer heladera, grupo electrógeno (no es requisito obligatorio si recomendable) y en caso de no poseer disponibilidad de este último presentar por escrito plan de contingencia por corte de luz.

En todos los vacunatorios propios y propuestos se debe disponer de los insumos requeridos para tratar los casos de anafilaxia (kit de anafilaxia: Adrenalina 1/1000 (ampolla), agua destilada, aguja y jeringa para aplicación intramuscular), así como personal capacitado en la asistencia. Se enviará protocolo de anafilaxia por e-mail.

Los vacunatorios propuestos deberán tomar conocimiento antes del 15 de marzo de 2019.

**5)** Proveer físicamente de las vacunas antigripales en los centros propios (farmacias y vacunatorios) según **Anexo II B** y en los vacunatorios a proponer por los oferentes, (**ambos casos**) en las zonas y cantidad que se indican en el **Anexo II A**, según la planificación de entrega mencionada en los mismos.

Cabe mencionar que solo para los centros propios la función de aplicación corre por cuenta de personal idóneo propio del Instituto de los distintos centros informados.

#### **6) COTIZACIÓN:**

- a) Los oferentes deberán cotizar el costo unitario de la vacuna, indicando la marca comercial ofrecida para los centros propios (implica: producto y su distribución, NO corresponde gasto por aplicación por tratarse de personal perteneciente al Instituto).
- b) Los oferentes deberán cotizar el costo unitario de la vacuna, indicando la marca comercial ofrecida para los centros propuestos por el mismo (implica: producto, distribución y su aplicación).
- c) Los oferentes deberán cotizar el costo unitario de la vacuna, indicando la marca comercial ofrecida.

## **7) DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR POR LOS OFERENTES**

- a) Copia del Disponen de Tránsito Interjurisdiccional de medicamentos otorgado por la ANMAT bajo Disposición 7038/15.
- b) Copia de la Habilitación del Ministerio de Salud de la Nación o Disponen de habilitación de la autoridad sanitaria de la Jurisdicción en la que opera la Droguería.
- c) Copia de Certificado de cumplimiento de Buenas Practicas de Distribución de productos farmacéuticos emitido por la ANMAT.
- d) Constancia de la Habilitación Municipal correspondiente a las oficinas y/o locales utilizados por el oferente para su desarrollo comercial.
- e) Copia del Certificado de ANMAT de las vacunas ofrecidas cuya cepa empleada en su formulación es la recomendada por la OMS contra la gripe para el hemisferio sur, para la temporada invernal 2019.
- f) Listado de vacunatorios propuestos con sus certificados de habilitación.
- g) Copia de la Póliza de Seguro de Mala Praxis vigente de los vacunatorios propuestos.

## **8) ADJUDICACION**

La adjudicación será de acuerdo a la oferta total más conveniente para IOSFA.

## **9) ESPECIFICACION DEL PRODUCTO**

- a) Vacunas ofrecidas por el oferente aprobadas por la ANMAT cuya cepa empleada en su formulación es la recomendada por la OMS contra la gripe para el hemisferio sur, para la temporada invernal 2019.
- b) Vencimiento: mayor a Setiembre de 2019.
- c) Cantidad requerida: 17.000 dosis (13.920 dosis para centros propios y 3080 dosis para vacunatorios propuestos por el oferente).

## **10) CUMPLIMIENTO DE NORMAS NACIONALES, PROVINCIALES Y MUNICIPALES:**

La empresa, se obliga a cumplimentar exclusiva y excluyentemente y sin derecho a reembolso o resarcimiento alguno, la totalidad de las normas administrativas, comerciales, laborales, tributario-impositivas, provisionales o cobertura aseguradora o de cualquier otra índole-tanto nacionales, provinciales o municipales- que resulten inherentes como consecuencia de la actividad que desarrolle por el presente, asumiendo idéntica responsabilidad con relación al personal que contrate.

## **11) CONSULTAS E INFORMES:**

Las consultas deberán canalizarse a través de la Subgerencia de Bienes Patrimoniales, Compras y Contrataciones, en los emails informados en el Pliego de Bases y Condiciones Particulares. Esta Subgerencia tramitará las consultas realizadas, de carácter técnico o administrativo, las que podrán debido a su naturaleza generar Circulares aclaratorias o modificatorias.